

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Фролов Л.А., Бухтаревич С.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Проблема лечения осложненной желчнокаменной болезни является весьма актуальной. По мнению ряда авторов, холедохолитиаз при желчнокаменной болезни встречается у 30% больных [1]. Вопрос о тактике лечения больных холедохолитиазом достаточно широко освещен в литературе, как при "открытой" холецистэктомии, так и при лапароскопическом вмешательстве. Известно, что несвоевременное хирургическое вмешательство при желчнокаменной болезни часто приводит к механической желтухе, стенозу большого дуоденального сосочка (БДС) [1, 2]. В связи с развитием лапароскопической хирургии бурное развитие получили малоинвазивные эндоскопические методики. Необходимость в эндоскопическом вмешательстве на БДС возникла вновь на новом, качественно более высоком уровне.

Цель исследования: проанализировать тактический подход в лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты анализа лечения 1627 больных желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом на базе клиники общей хирургии Витебского государственного медицинского университета. Из общего числа больных у 238 (14,6%) пациентов имелся холедохолитиаз. Механической желтухой холедохолитиаз сопровождался у 83 (34,9%) больных.

Результаты и обсуждения. Необходимо отметить, что всем больным, у которых по данным ультразвукового исследования диаметр холедоха превышал 6 мм нами выполняется ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ). С 1997 года в клинике выполняется ПСТ. В период с 1997 по 2004 года выполнено 224 вмешательства на БДС. Из них ПСТ струнным папиллотомом выполнена в 55% случаев, в 45% случаев из-за невозможной канюляции БДС папиллотомия проводилась торцовым папиллотомом; супрапапиллярная папиллотомия выполнена 6 больным. У 185 больных конкременты из холедоха удалены с помощью корзины Дорнма, в 10-ти случаях конкременты извлечь не удалось у 29 пациентов конкременты эвакуировались самостоятельно после адекватной ПСТ. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография обязательно предшествует ПСТ и выполняется у всех пациентов за исключением случаев с вклиненным в папиллу конкрементом и случаях, когда канюляция невозможна.

Решая вопрос ПСТ, мы ориентируемся на следующие показания: холедохолитиаз, независимо от наличия конкрементов в желчном пузыре, доброкачественный ограниченный папиллярный стеноз, в пределах папиллярного и интрамурального отделов холедоха; механическая желтуха, вызванная вклиненным в папиллу конкрементом. Противопоказаниями к эндоскопической ПСТ считаем следующие:

протяженный тубулярный стеноз, распространяющийся выше интрамуральной части общего желчного протока; камни холедоха больше 2 см в диаметре; парапиллярные дивертикулы. Эндоскопические ПСТ выполняем планово за исключением случаев с вклиненными камнями. Техника вмешательства стандартная: местная анестезия носоглотки как при ФГДС; релаксация двенадцатиперстной кишки растворами спазмолитиков в сочетании с анальгетиками и ганглиоблокаторами; дуоденоскопия с выведением БДС в фасное положение; канюляция БДС и РПХГ; правильная установка папиллостома и ПСТ; удаление конкрементов.

Протяженность и направление разреза зависит от состояния интрамуральной части общего желчного протока. В отдельных случаях он достигает 30 мм. В среднем протяженность разреза достигает 13-17 мм, захватывая поперечную складку. Рассекается нижний и средний сфинктер Бойдена. В случаях с не удаленным камнем холедоха после ПСТ и наличии признаков желчной гипертензии показано открытое оперативное вмешательство. К неудачам ПСТ относятся техническая невозможность выполнить операцию, недостаточный разрез БДС, отсутствие спонтанного отхождения камней и невозможность произвести механическую экстракцию.

При выполнении ПСТ существует опасность развития серьезных осложнений, для коррекции которых приходится прибегать даже к хирургической операции. Ряд авторов отмечают, что их колебания составляют в среднем 10-11%, а летальность достигает до 1,5%. Из осложнений необходимо отметить: острый панкреатит, панкреонекроз, профузное кровотечение, перфорация в зоне холедоходуоденальной складки, отрыв корзинки Дормиа. Мы наблюдали: кровотечение у 15 больных (7%) – остановлены эндоскопически, острый панкреатит – 58 больных (21,4%). После проведения консервативной терапии состояние больных стабилизировалось, произведена лапароскопическая холецистэктомия. 24-м больным выполнено «открытая» лапаротомия с вмешательством на папилле.

Выводы. На основании вышеизложенного, мы считаем рациональным следующий тактический подход к больным холедохолитиазом.

1. При поступлении больного желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом производится РПХГ. При наличии камней в холедохе или вклинении в БДС выполняется ПСТ. Если имеется механическая желтуха при вклиненном в папиллу камне, ПСТ производится первой.

2. При нормализации лабораторных показателей и отсутствии осложнений вторым этапом выполняется лапароскопическая холецистэктомия.

Литература:

1. Башилов, В.П. Брехов, Е.И. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / Башилов, В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я., Василенко О.Ю. // Хирургия – 2005 – № 10. – С. 40-46.

2. Еремеев, А.Г. 13-летний опыт применения лапароскопических технологий в лечении пациентов калькулезным холециститом/ Еремеев, А.Г. Голубев, А.А. Волков, С.В. Воронов С.Н. // Новости хирургии. ВГМУ. – 2008. – № 4. – С. 46-49.